ROZPORZĄDZENIE

MINISTRA ZDROWIA[1)]

z dnia 22 listopada 2013 r.

w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej

Na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.[2)]) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

1) wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, zwanych dalej „świadczeniami gwarantowanymi";
2) poziom finansowania przejazdu środkami transportu sanitarnego w przypadkach niewymienionych w art. 41 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

§ 2. Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

1) lekarz specjalista – lekarza, który posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny;
2) lekarz w trakcie specjalizacji – lekarza, który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji;
3) zakłady opiekuńcze – zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217).

---

1) Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 248, poz. 1495 i Nr 284, poz. 1672).

2) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50 poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857 i Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390 i Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378, z 2012 r. poz. 123, 1016, 1342 i 1548 oraz z 2013 r. poz. 154, 879, 983 i 1290.

§ 3. 1. Świadczenia gwarantowane są realizowane w warunkach:

1) stacjonarnych;
2) domowych.

2. Świadczenia gwarantowane są udzielane zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, z wykorzystaniem metod diagnostyczno-terapeutycznych innych niż stosowane w medycynie niekonwencjonalnej, ludowej lub orientalnej.

§ 4. 1. Świadczenia gwarantowane udzielane w warunkach stacjonarnych są realizowane w zakładach opiekuńczych dla osób dorosłych lub dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia. Pobyt świadczeniobiorcy, który ukończył 18. rok życia i posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, wydłuża się do chwili ukończenia nauki.

2. Świadczenia gwarantowane obejmują:

1) świadczenia udzielane przez lekarza;
2) świadczenia udzielane przez pielęgniarkę;
3) rehabilitację ogólną w podstawowym zakresie, prowadzoną w celu zmniejszenia skutków upośledzenia ruchowego oraz usprawnienia ruchowego;
4) świadczenia psychologa;
5) terapię zajęciową;
6) leczenie farmakologiczne;
7) leczenie dietetyczne;
8) zaopatrzenie w wyroby medyczne, w tym określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia stosowane przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w zakładzie opiekuńczym;
9) edukację zdrowotną polegającą na przygotowaniu świadczeniobiorcy i jego rodziny lub opiekuna do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych.

3. W zakresie koniecznym do wykonania świadczeń gwarantowanych świadczeniodawca zapewnia świadczeniobiorcy nieodpłatnie:

1) badania diagnostyczne;
2) leki.

4. Przejazd środkami transportu sanitarnego w przypadkach niewymienionych w art. 41 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest finansowany w 40 % ze środków publicznych w przypadku:

1) chorób krwi i narządów krwiotwórczych,
2) chorób nowotworowych,

3) chorób oczu,
4) chorób przemiany materii,
5) chorób psychicznych i zaburzeń zachowania,
6) chorób skóry i tkanki podskórnej,
7) chorób układu krążenia,
8) chorób układu moczowo-płciowego,
9) chorób układu nerwowego,
10) chorób układu oddechowego,
11) chorób układu ruchu,
12) chorób układu trawiennego,
13) chorób układu wydzielania wewnętrznego,
14) chorób zakaźnych i pasożytniczych,
15) urazów i zatruć,
16) wad rozwojowych wrodzonych, zniekształceń i aberracji chromosomowych

– gdy ze zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego wynika, że świadczeniobiorca jest zdolny do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby, ale wymaga przy korzystaniu ze środków transportu publicznego pomocy innej osoby lub środka transportu publicznego dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych.

§ 5. 1. Świadczenia gwarantowane, o których mowa w § 4 ust. 1, są udzielane świadczeniobiorcy wymagającemu ze względu na stan zdrowia całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a nie wymagającemu hospitalizacji w oddziale szpitalnym, który w ocenie skalą poziomu samodzielności, zwaną dalej „skalą Barthel", otrzymał 40 punktów lub mniej. W przypadku dzieci do ukończenia 3. roku życia nie dokonuje się oceny skalą Barthel.

2. Do zakładu opiekuńczego nie przyjmuje się świadczeniobiorcy, który w ocenie skalą Barthel otrzymał 40 punktów lub mniej, jeżeli podstawowym wskazaniem do objęcia go opieką jest zaawansowana choroba nowotworowa, choroba psychiczna lub uzależnienie.

3. Oceny, o której mowa w ust. 1, dokonuje:

1) przed przyjęciem świadczeniobiorcy do zakładu opiekuńczego – lekarz ubezpieczenia zdrowotnego i pielęgniarka ubezpieczenia zdrowotnego,

2) w dniu przyjęcia świadczeniobiorcy do zakładu opiekuńczego, na koniec każdego miesiąca lub w przypadku zmiany stanu zdrowia – lekarz i pielęgniarka danego zakładu opiekuńczego

– za pomocą karty oceny, której wzór określa załącznik nr 2 do rozporządzenia.

4. Świadczeniobiorcę do zakładu opiekuńczego przyjmuje kierownik zakładu opiekuńczego w porozumieniu z lekarzem udzielającym świadczeń w tym zakładzie opiekuńczym.

§ 6. Świadczenia gwarantowane udzielane w warunkach domowych są realizowane przez:

1) zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie;
2) pielęgniarską opiekę długoterminową domową.

§ 7. 1. Świadczenia gwarantowane, o których mowa w § 6 pkt 1, są udzielane świadczeniobiorcy z przewlekłą niewydolnością oddechową, wymagającemu stosowania inwazyjnej, prowadzonej przy pomocy respiratora (przez rurkę tracheostomijną), bądź nieinwazyjnej (prowadzonej przez różnorodne ustniki, maski czy hełmy), ciągłej lub okresowej wentylacji mechanicznej, niewymagającemu hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii lub pobytu w zakładach udzielających całodobowych świadczeń, wymagającemu jednak stałego specjalistycznego nadzoru lekarza, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji.

2. Świadczenia gwarantowane obejmują:

1) w przypadku świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową, wymagających stosowania inwazyjnej wentylacji mechanicznej, świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarza, pielęgniarkę oraz osobę, o której mowa w pkt 3 ust. 1 części I załącznika nr 4 do rozporządzenia;
2) w przypadku świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową, wymagających stosowania nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej, której czas trwania wynosi powyżej 16 godzin na dobę, świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarza, pielęgniarkę oraz osobę, o której mowa w pkt 3 ust. 1 części I załącznika nr 4 do rozporządzenia;
3) w przypadku świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową, wymagających stosowania nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej, której czas trwania

wynosi od 8 do 16 godzin na dobę, świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarza, pielęgniarkę oraz osobę, o której mowa w pkt 3 ust. 1 części I załącznika nr 4 do rozporządzenia;

4) w przypadku świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową, wymagających stosowania nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej, której czas trwania wynosi poniżej 8 godzin na dobę, świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarza i pielęgniarkę;

5) badania diagnostyczne umożliwiające właściwą terapię oddechową w warunkach domowych, w szczególności:

a) badania obrazowe, w tym RTG i USG – w pełnym zakresie,

b) badania równowagi kwasowo-zasadowej krwi i gazów oddechowych w arterializowanej krwi kapilarnej.

3. Do obowiązków zespołu, o którym mowa w § 6 pkt 1, należy wyposażenie świadczeniobiorców w sprzęt, którego wykaz określa ust. 2 część II załącznika nr 4 do rozporządzenia.

4. Warunkami realizacji świadczeń gwarantowanych, o których mowa w § 6 pkt 1, są:

1) ukończenie i udokumentowanie leczenia przyczynowego;

2) wykonanie niezbędnych badań diagnostycznych, uzasadniających rozpoznanie i potwierdzających niemożność stosowania innej terapii niż ciągła lub okresowa wentylacja mechaniczna;

3) nieobjęcie udzielaniem świadczeń gwarantowanych w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej lub realizowanych przez pielęgniarkę opieki długoterminowej domowej;

4) nieobjęcie udzielaniem świadczeń gwarantowanych w zakresie zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi (leczenie obturacyjnego lub centralnego bezdechu sennego za pomocą protezy powietrznej – aparat do leczenia obturacyjnego bezdechu sennego).

§ 8. Świadczenia gwarantowane, o których mowa w § 6 pkt 1, są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, do którego dołącza się:

1) kartę informacyjną leczenia szpitalnego;

2) wyniki badań świadczeniobiorcy;

3) kwalifikację do objęcia opieką w warunkach domowych:

a) w przypadku świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową, wymagających stosowania inwazyjnej wentylacji mechanicznej – wydaną przez

lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii zatrudnionego w szpitalu, w którym zakończono leczenie świadczeniobiorcy,

b) w przypadku świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową, wymagających stosowania nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej – wydaną przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarza specjalistę chorób płuc zatrudnionego w szpitalu, w którym zakończono leczenie świadczeniobiorcy.

§ 9. 1. Świadczenia gwarantowane, o których mowa w § 6 pkt 2, obejmują:

1) świadczenia udzielane przez pielęgniarkę;
2) przygotowanie świadczeniobiorcy i jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji, w tym kształtowanie umiejętności w zakresie radzenia sobie z niesprawnością;
3) świadczenia pielęgnacyjne, zgodnie z procesem pielęgnowania;
4) edukację zdrowotną świadczeniobiorcy oraz członków jego rodziny;
5) pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym;
6) pomoc w pozyskiwaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego niezbędnego do właściwej pielęgnacji i rehabilitacji świadczeniobiorcy w domu.

2. Świadczenia gwarantowane są udzielane świadczeniobiorcy, który w ocenie skalą Barthel otrzymał 40 punktów lub mniej.

3. Warunkami objęcia świadczeniobiorcy pielęgniarską opieką długoterminową domową są:

1) nieobjęcie opieką przez hospicjum domowe;
2) nieobjęcie opieką przez inny zakład opiekuńczy udzielający świadczeń gwarantowanych w warunkach stacjonarnych;
3) nieobjęcie opieką przez zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie;
4) niepozostawanie w ostrej fazie choroby psychicznej.

§ 10. 1. Świadczenia gwarantowane, o których mowa w § 6 pkt 2, są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, do którego dołącza się kartę oceny świadczeniobiorcy do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową domową.

2. Oceny świadczeniobiorcy dokonuje:

1) w dniu skierowania świadczeniobiorcy do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową domową – lekarz ubezpieczenia zdrowotnego i pielęgniarka ubezpieczenia zdrowotnego,

2) na koniec każdego miesiąca – pielęgniarka opieki długoterminowej domowej, o której mowa w ust. 1 części III załącznika nr 4 do rozporządzenia

– za pomocą karty oceny, której wzór określa załącznik nr 3 do rozporządzenia.

§ 11. Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych określa załącznik nr 4 do rozporządzenia.

§ 12. 1. Przepisy rozporządzenia stosuje się do świadczeń gwarantowanych udzielanych od dnia 1 stycznia 2014 r.

2. Do świadczeń gwarantowanych udzielanych przed dniem 1 stycznia 2014 r. stosuje się przepisy dotychczasowe.

§ 13. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia[3)].

MINISTER ZDROWIA

Bartosz Arłukowicz

ZASTĘPCA DYREKTORA
Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia
Beata Rorant 2013 -11- 12

PODSEKRETARZ STANU
w MINISTERSTWIE ZDROWIA
Igor Radziewicz-Winnicki

[3)] Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. Nr 140, poz. 1147 i Nr 211, poz. 1645 i Nr 217, poz. 1688 oraz z 2010 r. Nr 255, poz. 1719), które traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia na podstawie art. 85 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z 2012 r. poz. 95 i 742 oraz z 2013 r. poz. 766).

DYREKTOR
Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia
Piotr Warczyński
2013 -11- 12

SEKRETARZ STANU
w Ministerstwie Zdrowia
Sławomir Neumann

2013 -11- 12

13.11.2013 r.
ZASTĘPCA DYREKTORA
Departamentu
Alina Rudziewicz

DYREKTOR
Departamentu Prawnego
Władysław Puzoń
radca prawny

M. Ryba
13 XI 2013 r.

UZASADNIENIE

W związku z wejściem w życie ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.), zaistniał obowiązek wydania nowego rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, gdyż ustawa ta w art. 63 pkt 6 dokonała zmiany treści upoważnienia zawartego w art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.). Zgodnie natomiast z art. 85 pkt 2 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, dotychczasowe akty wykonawcze wydane na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zachowują swoją moc, jednak nie dłużej niż przez 24 miesiące od wejścia w życie ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, tj. do dnia 1 stycznia 2014 r.

Na podstawie upoważnienia zawartego w art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą", Minister Zdrowia został zobowiązany do określenia, w drodze rozporządzenia, wykazów świadczeń gwarantowanych, w poszczególnych zakresach, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1-8 i 10-13 ustawy, w tym z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

Zmiany, jakie zostały zaproponowane w treści projektowanego rozporządzenia, dotyczą przepisów zawartych w części normatywnej projektu rozporządzenia oraz w załącznikach nr 2, 3 i 4 do niniejszego projektu.

Z uwagi na uchylenie przez art. 220 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217), ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.) i tym samym uregulowanie materii związanej z zakładami opiekuńczymi jako podmiotami leczniczymi w ww. ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, przywołano w § 2 pkt 3 projektu rozporządzenia tę ustawę.

Z uwagi na fakt, że produkty dotychczas określane jako „środki pomocnicze" spełniają definicję wyrobu medycznego określoną w ustawie z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 107, poz. 679, z późn. zm.), w § 4 oraz w załączniku nr 1 usunięto

określenie „środki pomocnicze".

Na wniosek Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w § 5 ust. 3 pkt 2 dodano możliwość oceny pacjenta za pomocą skali Barthel również w przypadku zamiany stanu zdrowia pacjenta. Zaproponowana zmiana ma na celu podniesienie jakości udzielanych świadczeń oraz spowoduje, że poprawa lub pogorszenie stanu zdrowia, będą na bieżąco odnotowywane w dokumentacji medycznej pacjenta. Ponadto w § 5 ust. 4 projektu rozporządzenia doprecyzowano przepisy dotyczące kierowania pacjentów do opieki długoterminowej, tak aby stały się one spójne z przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i nie rodziły domniemania prawnego w przedmiocie wydawania decyzji administracyjnej o przyjęciu świadczeniobiorcy przez kierownika zakładu opiekuńczego.

W § 7 ust. 1 dodano, iż świadczenia gwarantowane, realizowane przez zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie, są udzielne świadczeniobiorcy z przewlekłą niewydolnością oddychania – doprecyzowanie rozpoznania, iż jest to przewlekła niewydolność oddychania wskazuje na utrwalony proces chorobowy. Jednocześnie zmieniono określenie „terapia oddechowa" na „wentylacja mechaniczna", z uwagi na fakt, iż określenie terapia oddechowa nie jest pojęciem medycznym i nie określa jednoznacznie sposobu terapii. Zmieniono również określenie „kaski" na „hełmy", co zgodne jest ze światową nomenklaturą.

Natomiast w § 7 ust 2 dookreślono, że:

a) w przypadku świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową, wymagających stosowania inwazyjnej wentylacji mechanicznej, świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarza (1/tydzień), pielęgniarkę (2/tydzień) oraz fizjoterapeutę (2/tydzień),

b) w przypadku świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową, wymagających stosowania nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej, której czas trwania wynosi 16 lub więcej godzin, świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarza (1/tydzień), pielęgniarkę (2/tydzień) oraz fizjoterapeutę (2/tydzień),

c) w przypadku świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową, wymagających stosowania nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej, której czas trwania wynosi od 8 do 16 godzin, świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarza (1/dwa tygodnie), pielęgniarkę (1/tydzień) oraz fizjoterapeutę (2/tydzień),

d) w przypadku świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową, wymagających stosowania nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej, której czas trwania wynosi do 8 godzin, świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarza (1/kwartał) i pielęgniarkę (1/kwartał).

W § 7 ust 3 dodano, że świadczenia gwarantowane realizowane przez zespół długoterminowej opieki domowej obejmują badania równowagi kwasowo-zasadowej krwi i gazów oddechowych w arterializowanej krwi kapilarnej – regulacja ta jedynie doprecyzowuje jakie badania obejmuje świadczenie gwarantowane. Jednocześnie usunięto „badanie potencjałów wywołanych", z uwagi na fakt, że badanie to nie ma uzasadnienia w warunkach domowych.

W § 7 ust. 4 pkt 2 przeredagowano tak, aby był zgodny z ust. 1 przedmiotowego przepisu, tj.: określono, iż warunkiem realizacji świadczenia gwarantowanego realizowanego przez zespół jest wykonanie niezbędnych badań diagnostycznych, uzasadniających rozpoznanie i potwierdzających niemożność stosowania innej terapii niż ciągła lub okresowa wentylacja mechaniczna.

W § 7 ust. 4 dodano pkt 4 w związku z weryfikacją warunków dla Zespołu długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie, w odniesieniu do świadczeniobiorców, leczących się z powodu obturacyjnego lub centralnego bezdechu sennego. Wskazani pacjenci są zabezpieczeni w aparat do leczenia bezdechu sennego, w ramach rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi. Ponadto pacjenci z obturacyjnym bezdechem sennym nie wymagają opieki medycznej w warunkach domowych.

W § 8 pkt 3 doprecyzowano, że do świadczeń gwarantowanych udzielanych przez Zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie, dołącza się kwalifikację do objęcia opieką w warunkach domowych, którą wydaje lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii zatrudniony w szpitalu, w którym zakończono leczenie świadczeniobiorcy a w przypadku świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową, wymagających stosowania nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej, dołącza się kwalifikację wydaną przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarz specjalistę chorób płuc zatrudnionego w szpitalu, w którym zakończono leczenie świadczeniobiorcy. Powyższa propozycja przyczyni się do poprawy dostępności pacjentów do wentylacji mechanicznej.

W załączniku nr 2 i 3 dokonano zmiany redakcyjnej polegającej na przeniesieniu daty, podpisu i pieczątki pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarki opieki długoterminowej domowej obok daty, podpisu i pieczątki lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo lekarza zakładu opiekuńczego.

Wprowadzono w załączniku nr 4 części I ust. 1 pkt 1 lit. a-c zmianę redakcyjną polegającą na zastąpieniu spójnika „lub" przecinkiem, pomiędzy wymienianiem różnych specjalizacji lekarskich, ze względu na fakt, iż w ramach 1 etatu przeliczeniowego mogą być zatrudnieni lekarze na etatach cząstkowych z odpowiednimi kwalifikacjami określonymi w przedmiotowym rozporządzeniu.

W części I, ust. 1, pkt 1 lit. a, b i c, pkt 3, część wspólna oraz w pkt 4 załącznika nr 4 zmieniono, iż etat przeliczeniowy określany jest na łóżka, a nie jak było dotychczas, że wymiar etatu przeliczeniowego określony był na pacjentów. Propozycja pozytywnie wpłynie na kwestię przeliczania etatów, w przypadku, gdy zakład opiekuńczy dysponuję większą lub mniejszą liczbą łóżek, w stosunku do przepisów rozporządzenia.

W załączniku nr 4 części I ust. 1 pkt 1 lit. a przeredagowano przepis odnoszący się do cząstkowych etatów przeliczeniowych, poprzez określenie, iż w zakładach opiekuńczych dla dorosłych, w ramach etatu przeliczeniowego uwzględnia się cząstkowe etaty przeliczeniowe lekarza specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych lub medycyny rodzinnej lub geriatrii lub gerontologii oraz zapewnia się konsultacje co najmniej lekarza specjalisty w dziedzinie psychiatrii oraz neurologii.

Zmieniono brzmienie załącznika nr 4 części I, ust. 1, pkt 1 lit. c w części dotyczącej wymiaru etatu przeliczeniowego lekarzy udzielających świadczeń w zakładach opiekuńczych dla świadczeniobiorców wentylowanych mechanicznie, tj.: zmniejszono wymiar etatu przeliczeniowego przypadającego na pacjenta z ¼ na 1/8. Wcześniejszy wymóg zatrudnienia 1 lekarza na 4 pacjentów był niezasadny i generował niepotrzebne koszty ponoszone przez zakłady opiekuńcze.

W części I załącznika nr 4 projektu rozporządzenia, w związku z pojawiającymi się wątpliwościami dotyczącymi pojęcia „zarażonych", określenie to zastąpiono wyrazem „zakażonych", co jest zgodne z treścią Krajowego Programu Zwalczania AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV.

W załączniku nr 4 w części I ust. 1 pkt 1 lit. b i c dokonano korekty redakcyjnej, polegającej na zastąpieniu „przecinka" wyrazem „lub" po wyliczaniu kwalifikacji lekarskich, odnoszących się do tej samej specjalizacji lekarskiej, zmieniającej swoją nazwę na przestrzeni

lat.

Ponadto zweryfikowano przepisy w części I ust. 1 pkt 3 tiret drugie precyzując, że wymagana jest zwiększona liczba etatów przeliczeniowych fizjoterapeutów oraz rehabilitantów, w przypadku świadczeniobiorców wentylowanych mechanicznie oraz pacjentów w stanie wegetatywnym. Regulacja ta stanowi dostosowanie liczby fizjoterapeutów oraz rehabilitantów udzielających świadczeń do potrzeb pacjentów znajdujących się w zróżnicowanym stopniu samodzielności w zakładach opiekuńczych.

Uzupełniono również aktualnie obowiązujący regulacje w części I ust. 1 pkt 3 załącznika nr 4 do rozporządzenia, poprzez dodanie, iż wymagania dotyczące personelu zatrudnionego na stanowisku fizjoterapeuty spełnia również osoba, która rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. studia wyższe z zakresu fizjoterapii obejmujące co najmniej 2435 godzin kształcenia w zakresie fizjoterapii i uzyskała tytuł licencjata lub dodatkowo co najmniej 1440 godzin kształcenia w zakresie fizjoterapii i uzyskała tytuł magistra.

Ponadto uzupełniono przepisy w części I ust. 1 pkt 5 załącznika nr 4 do rozporządzenia, poprzez dodanie regulacji, że wymagania dotyczące personelu zatrudnionego na stanowisku logopedy spełnia również osoba, która rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. i ukończyła studia wyższe w zakresie logopedii, obejmujące co najmniej 800 godzin kształcenia w zakresie logopedii i uzyskała tytuł magistra, lub ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła studia podyplomowe z logopedii obejmujące co najmniej 600 godzin kształcenia w zakresie logopedii.

Jednocześnie uzupełniono również aktualnie obowiązujący przepisy w części I pkt 1 ppkt 6 lit. a załącznika nr 4 do rozporządzenia przez dodanie regulacji, zgodnie z którą wymagania dotyczące personelu zatrudnionego na stanowisku terapeuty zajęciowego spełnia również osoba, która przed dniem 1 października 2011 r. ukończyła studia wyższe w specjalności terapia zajęciowa, obejmujące co najmniej 1665 godzin kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu terapeuty zajęciowego i uzyskała tytuł licencjata. Wyżej wymieniony przepis umożliwi podjęcie pracy na stanowisku terapeuty zajęciowego osobom, które spełniają ww. wymagania a nie spełniają wymagań określonych w aktualnie obowiązującym rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, tj. m. in. nie ukończyły studiów wyższych na kierunku lub w specjalności terapia zajęciowa, obejmujących co najmniej 3 000 godzin kształcenia, w tym 2 000 godzin w grupie treści podstawowych i kierunkowych obejmujących wiedzę z zakresu

teorii i technik terapeutycznych i nie uzyskały tytułu licencjata.

Na wniosek Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych usunięto regulacje, zgodnie z którą opiekun medyczny wykonuje czynności na zlecenie pielęgniarki.

Z uwagi na wątpliwości interpretacyjne w części I ust. 4 „Dodatkowy sprzęt medyczny i pomocniczy dla świadczeniobiorców" załącznika nr 4, zastąpiono sformułowanie „worek samorozprężalny typu AMBU z maską twarzową", pojęciem „samorozprężalny worek oddechowy z zastawką jednokierunkową i maską twarzową". Analogiczną zmianę wprowadzono również w części II ust. 2 pkt 8.

W części I ust. 1 pkt 2 zrezygnowano z określania czasu pracy dzielonego pomiędzy pielęgniarkę a opiekuna medycznego. Kwestia zatrudnienia opiekunów medycznych powinna pozostać w gestii kierowników podmiotów.

W części II ust. 2 z wykazu określającego sprzęt medyczny i pomocniczy wymagany przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych realizowanych przez zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie, usunięto stetoskop, który znajdował się w miejscu pobytu świadczeniobiorcy, z uwagi na fakt, iż stetoskop jest sprzętem, który każdy lekarz ma zawsze ze sobą w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych.

W części II ust. 3 załącznika nr 4 wprowadzono zapisy umożliwiające przechowywanie leków, materiałów opatrunkowych i sprzętu medycznego w pomieszczeniu biurowym. Przy udzielaniu świadczeń przez zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie, niezasadne jest posiadanie dwóch oddzielnych pomieszczeń, z uwagi na fakt, iż większość sprzętu znajduje się w miejscu udzielenia świadczeń.

W części II w ust. 4 załącznika nr 4 rozdzielono wentylację mechaniczną realizowaną przez Zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie, na wentylację mechaniczną inwazyjną i nieinwazyjną.

W konsekwencji zróżnicowano również częstość wizyt personelu medycznego u świadczeniobiorców wentylowanych mechanicznie metodą inwazyjną i nieinwazyjną. Dla świadczeniobiorców wentylowanych mechanicznie metodą inwazyjną częstość wizyt pozostała niezmieniona. Natomiast częstość wizyt dla świadczeniobiorców wentylowanych metodą nieinwazyjną podzielona została na trzy grupy. W przypadku pierwszej grupy (chorzy wentylowani powyżej 16 godzin na dobę) lekarz, pielęgniarka i fizjoterapeuta udzielają świadczeń analogicznie jak w przypadku chorych wentylowanych mechanicznie metodą

inwazyjną. W drugiej grupie, chorzy wentylowani od 8 do 16 godzin na dobę, lekarz udziela świadczeń 1 raz na dwa tygodnie, pielęgniarka 1 raz w tygodniu a fizjoterapeuta 2 razy w tygodniu. W trzeciej grupie, w przypadku chorych wentylowanych poniżej 8 godzin na dobę, lekarz i pielęgniarka udzielają świadczeń raz na kwartał. Przy czym zaznaczyć należy, iż maksymalna częstotliwość i ogólna liczba wizyt domowych jest ustalana indywidualnie przez lekarza udzielającego świadczeniobiorcy świadczeń gwarantowanych. Zaproponowane zmiany mają na celu zwiększenie dostępu oraz poprawę opieki nad chorymi wentylowanymi mechanicznie w domu.

W części III ust. 2 załącznika nr 4 usunięto zdanie „Sprzęt znajduje się w miejscu udzielania świadczeń", ze względu na fakt, iż sprzęt ten jest w wyposażeniu nesesera pielęgniarskiego i pielęgniarka posiada go ze sobą w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych.

W części III ust. 3 załącznika nr 4 wprowadzono zapisy umożliwiające przechowywanie leków, materiałów opatrunkowych i sprzętu medycznego w tym samym pomieszczeniu co telefon, sekretarka automatyczna i faks. Przy udzielaniu świadczeń w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej niezasadne jest posiadanie dwóch oddzielnych pomieszczeń, z uwagi na fakt, iż większość sprzętu jest w wyposażeniu torby pielęgniarskiej w miejscu udzielenia świadczeń.

W części III ust. 4 pkt 2 dokonano korekty redakcyjnej, zgodnie z ustawą z dnia 18 stycznia 1951 r. o dniach wolnych od pracy (Dz. U. Nr 4, poz. 28, z późn. zm.) - przepis wskazujący na dostępność pielęgniarki długoterminowej opieki domowej w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy i otrzymał następujące brzmienie: „dostępność w soboty i dni ustawowo wolne od pracy – w medycznie uzasadnionych przypadkach".

Z dniem wejścia w życie projektowanego rozporządzenia utraci moc rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. Nr 140, poz. 1147, z późn. zm.).

Projekt rozporządzenia nie zawiera przepisów technicznych, w związku z czym nie podlega notyfikacji w trybie przewidzianym w przepisach rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039, z późn. zm.).

Przedmiot projektowanej regulacji nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

Ocena Skutków Regulacji

1. Podmioty, na które oddziałuje projektowana regulacja

Regulacja oddziałuje na ministra właściwego do spraw zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, Agencję Oceny Technologii Medycznych, świadczeniodawców realizujących świadczenia gwarantowane lub ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki długoterminowej oraz świadczeniobiorców.

2. Konsultacje społeczne

W ramach szerokich konsultacji społecznych projekt został przesłany do zaopiniowania przez następujące podmioty: Wojewodów, Unii Metropolii Polskich, Związku Gmin Wiejskich RP, Związku Miast Polskich, Związku Powiatów Polskich, Federacji Regionalnych Związków Gmin i Powiatów RP, Konwentu Marszałków Województw, Narodowego Instytutu Leków, Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - PZH, Związku Rzemiosła Polskiego, Rzecznika Praw Pacjenta, oraz był konsultowany m. in. z:

a) konsultantami krajowymi w poszczególnych dziedzinach medycyny;

b) samorządami zawodowymi (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Aptekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych, Krajowa Rada Transplantacyjna),

c) stowarzyszeniami zawodowymi (tj.: Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolski Związek zawodowy Położnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy Radiologów, Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80", Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Sekretariat Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność", Forum Związków Zawodowych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych Radioterapii, Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych „Medyk", Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych Elektroradiologii, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Bloku Operacyjnego, Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Związek Zawodowy Farmaceutów, Związek Zawodowy Anestezjologów, Związek Zawodowy Chirurgów Polskich, Związek Zawodowy Neonatologów, Związek Zawodowy Lekarzy Specjalności Chirurgicznych, Ogólnopolski Związek

Zawodowy Pracowników Fizjoterapii, Krajowy Związek Zawodowy Pracowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych, Izba Gospodarcza „Farmacja Polska", Izba Gospodarcza „Apteka Polska", Ogólnopolska Izba Gospodarcza Wyrobów Medycznych POLMED, Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Pediatrycznych, Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia, Kolegium Lekarzy Rodzinnych, Kolegium Pielęgniarek i Położnych w Polsce, Izba Lecznictwa Polskiego),

d) stowarzyszeniami w ochronie zdrowia, w tym z tymi działającymi na rzecz pacjentów (tj.: Unia Szpitali Klinicznych; Stowarzyszenie Magistrów i Techników Farmacji; Stowarzyszenie Menedżerów Ochrony Zdrowia; Stowarzyszenie Primum Non Nocere; Stowarzyszenie Unia Uzdrowisk Polskich; Federacja Pacjentów Polskich, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Stowarzyszenie Przedstawicieli Firm Farmaceutycznych w Polsce, Polskie Stowarzyszenie Producentów Leków bez Recepty PASMI, Ogólnopolskie Forum Ruchu Hospicyjnego, Ogólnopolskie Forum Pediatrycznej Opieki Paliatywnej, Unia Farmaceutów Właścicieli Aptek, Konsorcjum Szpitali Wrocławskich, Stowarzyszenie Organizatorów i Promotorów Opieki Długoterminowej „SOPOD" w Toruniu, Warszawskie Hospicjum dla Dzieci, Caritas Polska),

e) towarzystwami naukowymi (tj.: Polskie Towarzystwo Ortoptyki i Protetyki Narządu Ruchu, Polskie Towarzystwo Ortopedyczne i Traumatologiczne, Polskie Towarzystwo Neurologiczne, Polskie Towarzystwo Chirurgii Onkologicznej, Polskie Towarzystwo Urologiczne, Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej, Polskie Towarzystwo Medycyny Stanów Nagłych i Katastrof, Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej, Polskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej, ECEPT – Stowarzyszenie Rozwijania Opieki Paliatywnej w krajach Europy Środkowo-Wschodniej, Polskie Towarzystwo Badania Bólu, Polskie Towarzystwo Psychoonkologiczne, Polska Izba Przemysłu Farmaceutycznego i Sprzętu Medycznego „POLFARMED", Polska Rada Resuscytacji, Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu, Polskie Towarzystwo Żywienia Klinicznego Dzieci, Polskie Towarzystwo Chorób Płuc, Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą),

f) instytutami badawczymi (tj.: Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki" w Łodzi, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu w Warszawie, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, Instytut Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie, Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego, Instytut , Matki i Dziecka w Warszawie, Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr med. Jerzego Nofera w Łodzi, Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu, Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie, Instytut ''Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Instytut Reumatologii im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie, Instytut Żywności i Żywienia im. prof. dr med. Aleksandra Szczygła w Warszawie),

g) organizacjami pracodawców (tj.: Związek Powiatowych Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Wielkopolskiego - Organizacja Pracodawców w Gnieźnie; Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej; Wielkopolski Związek Zakładów Opieki Zdrowotnej - Organizacja Pracodawców; Konfederacja Pracodawców Polskich; Polska Konfederacja Pracodawców Prywatnych; Ogólnopolski Związek Pracodawców Samodzielnych Publicznych Szpitali Klinicznych; Związek Powiatowych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Podkarpackiego; Gdański Związek Pracodawców; Związek Pracodawców Służby Zdrowia w Łodzi; Stowarzyszenie Szpitali Powiatowych Województwa Małopolskiego; „Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego; Porozumienie Zielonogórskie" Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia; Ogólnopolski Związek Pracodawców Opieki Zdrowotnej; Ogólnopolska Konfederacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia; Związek Pracodawców Samodzielnych Publicznych ZOZ Warmii i Mazur; Ogólnopolski Związek Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia; Związek Pracodawców Hurtowni Farmaceutycznych; Związek Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA, Polski Związek Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego.

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie

stanowienia prawa (Dz. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337), projekt rozporządzenia został udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej. Żaden podmiot nie zgłosił zainteresowania pracami nad projektem rozporządzenia w trybie przepisów o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa. W ramach konsultacji społecznych projekt został umieszczony na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Ministerstwa Zdrowia oraz na stronie Rządowego Centrum Legislacji, zgodnie z Regulaminem Pracy Rady Ministrów.

W konsultacjach społecznych zgłoszono następujące uwagi:

I. do części normatywnej rozporządzenia:

1) propozycja zmiany definicji lekarza w trakcie specjalizacji (Barbara Kołakowska - Caritas AW, NZOL w Ustrzeszy, Marian Subocz, dyrektor Caritas Polska) – nie uwzględniono, do rozpatrzenia w przyszłości;
2) propozycja rozszerzenia słownika pojęć o kryteria oceny stanu wegetatywnego oraz propozycja zastosowania zapisów jak w rozporządzeniu w sprawie opieki paliatywnej i hospicyjnej (Stołeczne Centrum Opiekuńczo-Lecznicze) – nie uwzględniono, do rozpatrzenia w przyszłości;
3) propozycja dopisania ust. 4 do § 3 określającego realizację świadczeń przez opiekuna medycznego oraz propozycja dodania w § 6, że świadczenia opiekuńczo-pielęgnacyjne realizowane są przez opiekuna medycznego (Polskie Stowarzyszenie Opiekunów Medycznych – nie uwzględniono, poza zakresem regulacji;
4) propozycja wykreślenia z § 3 ust 3, określającego minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych (Porozumienie Zielonogórskie) – uwzględniono;
5) propozycja dodania w § 4 świadczeń udzielanych przez opiekuna medycznego (Polskie Stowarzyszenie Opiekunów Medycznych, ks. Marian Subocz - Caritas Polska,) – nie uwzględniono, propozycja wymaga rekomendacji AOTM, do rozpatrzenia w przyszłości;
6) propozycja dodania w § 4 pkt 10 „świadczenia logopedy" (Barbara Kołakowska - Caritas AW, ks. Marian Subocz - Caritas Polska) – nie uwzględniono, rehabilitacja ogólna w podstawowym zakresie została uwzględniona jako świadczenia gwarantowane;
7) propozycja dookreślenia § 4, iż leczenie żywieniowe zgodne jest z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Żywienia Dojelitowego, Pozajelitowego i Metabolizmu

oraz propozycja dookreślenia do wykazu świadczeń gwarantowanych procedur ICD-9 (Barbara Kołakowska - Caritas AW, Polskie Towarzystwo Żywienia Dojelitowego, Pozajelitowego i Metabolizmu, NZOL w Ustrzeszy, Lewiatan) – nie uwzględniono, propozycja wymaga uzyskanie rekomendacji Prezesa AOTM;

8) propozycja przeredagowania przepisu w § 4 pkt 9 dot. samoopieki i samopielęgnacji oraz propozycja dodania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych (Barbara Kołakowska - Caritas AW, NZOL w Ustrzeszy) – nie uwzględniono, samoopieka i samopielęgnacja dot. zarówno pacjenta jak i jego rodzinę czy opiekunów, natomiast kwestia dodania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych wymaga uzyskania rekomendacji AOTM;

9) propozycja dodania w § 4 pkt 10 porada fizjoterapeutyczna (Polskie Towarzystwo Fizjoterapii) – nie uwzględniono, w § 4 została określona rehabilitacja ogólna w podstawowym zakresie, dodatkowo fizjoterapeuci nie udzielają porad;

10) propozycja przeredagowania przepisu dot. przyjęcia świadczeniobiorcy do zakładu opiekuńczego (Barbara Kołakowska - Caritas AW, Stołeczne Centrum Opiekuńczo-Lecznicze, NZOL w Ustrzeszy, ks. Marian Subocz - Caritas Polska) – nie uwzględniono, propozycja jest zgodna z rozporządzeniem w sprawie trybu kierowania do ZOL i ZPO oraz ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

11) propozycja przeredagowania § 5 określającego warunki jakie musi spełnić świadczeniobiorca by zostać przyjętym do zakładu opiekuńczego (Forum Hospicjów Polskich) – nie uwzględniono, poza zakresem nowelizacji;

12) propozycja zmiany/przeredagowania/dookreślenia wymagań w § 7 dotyczącym wentylacji mechanicznej (świadczeniobiorcy objęci opieką przez zespół długoterminowej opieki domowej, Polskie Towarzystwo Chorób Nerwowo-Mięśniowych, Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Dignitas Dolentium, Fundacja Parent Project Muscular Dystrophy, Ośrodek Wentylacji Domowej, Bydgoszcz, Polskie Towarzystwo Chorób Płuc, Fundacja Pomocy Chorym na Zanik Mięśni) – uwzględniono, przeredagowanie przepisów w sposób jasny, tak by nie budziły wątpliwości interpretacyjnych oraz by wszyscy potrzebujący pomocy świadczonej przez Zespół dla wentylowanych mechanicznie ją otrzymali;

13) propozycja dookreślenia kto może wydawać kwalifikację do objęcia opieką przez Zespół dla wentylowanych mechanicznie (Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii, NZOZ, Sue Ryder, Dignitas Dolentium, Ośrodek Domowej Wentylacji, Polskie Towarzystwo Chorób Płuc, Fundacja Pomocy Chorym na Zanik Mięśni) – uwzględniono;

14) propozycja dodania w § 9 „świadczeń udzielanych przez fizjoterapeutę" (Polskie Towarzystwo Fizjoterapii) – nie uwzględniono, podwyższenie wymagań, konieczność wydania rekomendacji AOTM, świadczeniobiorcy przysługuje rehabilitacja w ramach koszyka świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej.

II. do załącznika nr 1:

1) propozycja dookreślenia urządzeń pionizujących oraz dodania wózków inwalidzkich samopionizujących (Barbara Kołakowska - Caritas AW, Polskie Towarzystwo Fizjoterapii) – nie uwzględniono, do rozpatrzenia w przyszłości, przy kolejnej nowelizacji.

III. do załącznika nr 2 i 3:

1) propozycja dodania pod tabelą ocena świadczeniobiorcy w skali Barthel (w załączniku nr 2 i załączniku nr 3) podpisu pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego lub opieki długoterminowej (Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych) – nie uwzględniono podpis pielęgniarki znajduje się obok podpisu lekarza;

2) propozycja zmodyfikowania skali Barthel (Mazowieckie Porozumienie Szpitali Powiatowych) – nie uwzględniono, nie ma możliwości modyfikowania skali Barthel.

IV. do załącznika nr 4:

1) propozycja odejścia od określenia wymogu by 25% pielęgniarek posiadało specjalizacje lub kursy kwalifikacyjne (Zakład Opiekuńczo-Pielęgnacyjny w Szczecinku, Związek Pracodawców Pomorza Zachodniego – Lewiatan) – nie uwzględniono, do rozważenia w przyszłości, przy kolejnej nowelizacji;

2) propozycja zmniejszenia etatu przeliczeniowego fizjoterapeuty, psychologa (Zakład Opiekuńczo-Pielęgnacyjny, Lewiatan, NZOL w Ustrzeszy, ks. Marian Subocz - Caritas Polska, Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej) – nie uwzględniono, do rozpatrzenia przy kolejnej nowelizacji;

3) propozycja zmiany wymiaru etatu przeliczeniowego lekarza w stacjonarnych zakładach opiekuńczych (Barbara Kołakowska - Caritas AW, Lewiatan, Stołeczne Centrum Opiekuńczo-Lecznicze, Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Wycześniak, NZOL w Ustrzeszy, ks. Marian Subocz - Caritas Polska, Pracodawcy RP) – uwaga częściowo uwzględniona, przeredagowano i zmieniono zał. Nr 4 w części I, ust. 1 pkt 1 lit. a oraz zmniejszono wymiar etatu przeliczeniowego w części I ust. 1 pkt 1 lit. c z ¼ na 1/8;
4) propozycja zmiany i przeredagowania zał. Nr 4 części I ust. 2 – sprzęt medyczny (Zakład Opiekuńczo-Pielęgnacyjny w Szczecinku, Barbara Kołakowska – Caritas AW, Lewiatan, Ośrodek Medycyny Paliatywnej i Hospicyjnej) – nie uwzględniono, do rozpatrzenia w przyszłości;
5) propozycja zmiany wymogu posiadania dla chorych went. mechanicznie sal 1-2 łóżkowych (Zakład Opiekuńczo-Pielęgnacyjny w Szczecinku, Lewiatan) – nie uwzględniono, do rozważenia w przyszłości;
6) propozycja przeredagowania specjalizacji i kursów wymaganych od pielęgniarek w zakładach opiekuńczych (Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych) – nie uwzględniono;
7) propozycja usunięcia ostatniego zdania z części III, ust. 2 „sprzęt znajduje się w miejscu udzielania świadczeń" (Porozumienie Zielonogórskie) – nie uwzględniono, do rozpatrzenia w przyszłości;
8) propozycja zmniejszenia liczby świadczeniobiorców przebywających pod opieką pielęgniarki opieki długoterminowej przebywających pod tym samym adresem zamieszkania (Naczelna Rada Pielęgniarek Położnych) – nie uwzględniono, podwyższenie wymagań;
9) propozycja zmiany, dokładniejszego określenia, przeredagowania części II załącznika nr 4 odnoszącej się do wentylacji mechanicznej, podziału wentylacji mechanicznej na inwazyjną i nieinwazyjną, zmiany częstości wizyt personelu medycznego realizującego świadczenia w przedmiotowym zakresie oraz określenia kryteriów/warunków objęcia opieką przez zespół długoterminowej opieki domowej dla chorych wentylowanych mechanicznie (świadczeniobiorcy objęci opieką przez zespół dla wentylowanych mechanicznie, Polskie Towarzystwo Chorób Nerwowo-Mięśniowych, Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Dignitas Dolentium, Fundacja Parent Project Muscular Dystrophy, Ośrodek Domowej

Wentylacji, Polskie Towarzystwo Chorób Płuc, Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii – Sekcja Pediatryczna) – uwzględniono;

10) propozycja określenia czy zawód opiekuna medycznego jest zawodem medycznym oraz wskazanie, iż opiekun medyczny udziela świadczeń samodzielnie a nie na zlecenie pielęgniarki – zał. 4 część I ust. 1 pkt 8 (Polskie Stowarzyszenie Opiekunów Medycznych, Stołeczne Centrum Opiekuńczo-Lecznicze) – uwzględniono;

11) propozycja zmiany załącznika nr 4 części I ust. 1 pkt 3 – poprzez określenie, iż fizjoterapeuta jest to osoba … oraz propozycja zwiększenia wymagań by w zakładach opiekuńczych świadczeń obligatoryjnie udzielał „specjalista z fizjoterapii", ponadto propozycja zwiększenia wymiaru etatu przeliczeniowego z 1/35 na 4/35 (Polskie Towarzystwo Fizjoterapii) – nie uwzględniono, propozycja spowodowałaby podwyższenie wymagań, w zakładach opiekuńczych rehabilitacja realizowana jest na podstawowym poziomie.

V. do uzasadnienia:

1) propozycja przeredagowania uzasadnienia, w kwestii odnoszącej się do zawodu opiekuna medycznego z uwagi na fakt, iż błędnie zostało zapisane, iż zawód opiekuna medycznego nie jest zawodem medycznym (polskie Stowarzyszenie Opiekunów Medycznych) – uwzględniono.

3. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego

Projektowane regulacje nie będą miały wpływu na budżet państwa oraz budżety jednostek samorządu terytorialnego, jak również nie będą miały wpływu na budżet Narodowego Funduszu Zdrowia.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy

Regulacje zaproponowane w projekcie rozporządzenia nie będą miały wpływu na rynek pracy.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw

Projektowane regulacje nie będą miały wpływu na konkurencyjność gospodarki

i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw.

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Regulacje zaproponowane w projekcie rozporządzenia nie będą miały wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

7. Wpływ regulacji na zdrowie ludzi

Projektowane rozporządzenie będzie miało wpływ na zdrowie ludzi, w szczególności na poprawę jakości życia osób objętych opieką długoterminową.